



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

1-Registro ANS	3-Data de Emissão de Guia	4-Data da Autorização	5-Senha	6-Data Guia Principal	7-Número Guia Principal
----------------	---------------------------	-----------------------	---------	-----------------------	-------------------------

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira	9-Plano PRO-SOCIAL
10-Empresa	11-Data Validade da Carteira
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do Plano
---------	-------------	-----------------------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Nome do Profissional Solicitante	17-Número no CRO
18-UF	19-Código CBO S

20-CNPJ / CPF	21-Nome do Contratado Executante	22-Número no CRO	23-UF	24-Código CNES
---------------	----------------------------------	------------------	-------	----------------

25-Nome do Profissional Executante	26-Número no CRO	27-UF	28-Código CBO S
------------------------------------	------------------	-------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados											
29-Tabela	30-Código do Procedimento	31-Descrição	32-Dt/Reg	33-Face	34-Qtd	35-Quantidade US	36-Valor R\$	37-Franquia/Co-participação R\$	38-Aut	39-Data de Realização	40-Assinatura
01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											

41-Data Término do Tratamento	42-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 5-Auditoria	43-Tipo de Faturamento T-Total P-Parcial	44-Total Quantidade US	45-Valor Total R\$	46-Total Franquia / Co-participação R\$
-------------------------------	--	---	------------------------	--------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-se a cumprir as orientações do profissional assistente.

47-Observação

48-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	49-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	50-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	51-Data, Local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

